

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**COMUNICAÇÃO PRÉ-NATAL:
O IMPACTO DA PERDA GESTACIONAL PRECOCE**

Cátia Sofia Silva Graça

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**COMUNICAÇÃO PRÉ-NATAL:
O IMPACTO DA PERDA GESTACIONAL PRECOCE**

Cátia Sofia Silva Graça

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2018

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador Prof. Dr. João Justo, pois sem os seus conhecimentos este trabalho não se teria tornado real. Obrigada pelo apoio demonstrado ao longo deste caminho, pela dedicação, paciência e disponibilidade.

Aos profissionais da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e do Centro Ecográfico de Entrecampos, que me acolheram e me ajudaram na recolha da minha amostra.

A todas as mulheres com quem tive oportunidade de me cruzar e que, ao se mostrarem disponíveis para partilharem comigo as suas histórias, deram sentido a esta investigação.

Aos amigos da faculdade, que me acompanharam durante o percurso académico e se tornaram pessoas tão especiais para mim. Um obrigada especial à Milene Martins, por ter sido, também, a melhor colega de casa que podia encontrar, por termos passado momentos tão felizes e claro, por ter tido um contributo importante neste trabalho. Espero que estas amizades continuem a fazer parte da minha vida.

Aos amigos de sempre, por ficarem mesmo nos momentos mais difíceis e compreenderem as minhas ausências exigidas por este trabalho. Obrigada pelas palavras, pelas gargalhadas, pelo carinho, pela amizade.

Aos meus irmãos, por terem crescido comigo e darem alegria à minha vida. Por saber que nem sempre é fácil ser meu irmão, agradeço a paciência nas alturas de maior frustração.

Aos meus pais, apesar de não existirem palavras suficientes para lhes agradecer, pois sem eles e sem os seus sacrifícios nunca teria chegado até aqui. Obrigada por terem tornado tudo isto possível e por terem acreditado sempre em mim. Obrigada pelo carinho e pela força que sempre me deram.

E por fim, ao Telmo. Por ter entrado na minha vida e ter ficado. Por todo o apoio, motivação e compreensão. Por nunca me deixar desistir e acreditar sempre em mim. Por todo o amor e por me fazer tão feliz. Obrigada por tudo.

Resumo

Objetivo: O objetivo desta investigação foi comparar a comunicação pré-natal de mulheres grávidas sem história de interrupção espontânea da gravidez com mulheres grávidas que tenham sofrido, pelo menos, uma interrupção espontânea da gravidez. **Amostra:** A amostra deste estudo é constituída por 35 mulheres no terceiro trimestre de gravidez, das quais 15 não têm história de interrupção espontânea da gravidez e 20 têm história de interrupção espontânea da gravidez. **Instrumentos:** Foram aplicados 4 questionários, o Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Motivação para a Comunicação Pré-Natal (Graça & Martins, 2018), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995, versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999). **Hipóteses:** A história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social. **Resultados e conclusão:** A hipótese deste estudo foi parcialmente confirmada. As variáveis independentes presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e número de interrupções espontâneas da gravidez dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente perceção das capacidades auditivas do bebé, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social. Apesar deste contributo apenas se ter verificado em relação à perceção das capacidades auditivas do bebé, existiram outros resultados considerados interessantes. Assim, torna-se pertinente a realização de estudos futuros com uma amostra alargada para que se possa compreender melhor a dimensão das variações estatísticas verificadas nesta investigação.

Palavras-chave: Gravidez; Interrupção espontânea da gravidez; Comunicação pré-natal; Vivências psicopatológicas; Satisfação com o suporte social

Abstract

Goal: The objective of this investigation was to compare prenatal communication between pregnant women without history of spontaneous interruption of pregnancy with pregnant women that have suffered, at least, one spontaneous interruption of pregnancy. **Sample:** The sample for this study was comprised of 35 women in the third trimester of pregnancy, of which 20 do not have any history of spontaneous interruption of pregnancy and 15 do have history of spontaneous interruption of pregnancy. **Instruments:** Four questionnaires were applied, the Sociodemographic and Clinic Questionnaire, the Motivation to Prenatal Communication Scale (Graça & Martins, 2018), The Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995, portuguese version of Pais-Ribeiro et al., 2004) and The Satisfaction with Social Support Scale (Pais-Ribeiro, 1999). **Hypotheses:** The history of spontaneous interruption of pregnancy makes a significant contribution to the explanation of the statistical variance of prenatal communication, even after controlling the impacts of psychopathological experiences and satisfaction with social support. **Results and conclusion:** The hypothesis of this study was partially confirmed. The independent variables presence/absence of history of spontaneous interruption of pregnancy and number of spontaneous interruptions of pregnancy make a significant contribution to the explanation of the statistical variance of the dependent variable perception of the hearing capacities of the baby, even after controlling the impacts of psychopathological experiences and satisfaction with social support. Although this contribution has only been verified in relation to the perception of the hearing capacities of the baby, other results were considered interesting. It is therefore relevant to carry out future studies with a larger sample so that the scale of the statistical variations verified in this research can be better understood.

Keywords: Pregnancy; Spontaneous interruption of pregnancy; Prenatal communication; Psychopathological experiences; Satisfaction with the social support.

Índice

1. Introdução Teórica.....	1
1.1. Gravidez	1
1.2. Interrupção Espontânea da Gravidez.....	2
1.3. Comunicação Pré-Natal.....	8
2. Problema de Investigação, Objetivo e Hipótese Geral	13
2.1. Problema de Investigação.....	13
2.2. Relevância do Problema de Investigação.....	13
2.3. Objetivo.....	13
2.4. Hipótese Geral.....	14
3. Metodologia.....	15
3.1. Definição de Variáveis	15
3.2. Operacionalização de Variáveis	15
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	15
3.2.2. Escala de Motivação para a Comunicação Pré-Natal (EMCPN) (Graça & Martins, 2018)	16
3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	22
3.2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	23
3.3. Hipóteses Específicas	24
3.4. Procedimento.....	27
4. Resultados.....	29
4.1. Caracterização da Amostra.....	29
4.2. Testagem das Hipóteses	31
4.2.1. Testagem da Hipótese Específica 1	32

4.2.2.	Testagem da Hipótese Específica 2	32
4.2.3.	Testagem da Hipótese Específica 3	33
4.2.4.	Testagem da Hipótese Específica 4	34
4.2.5.	Testagem da Hipótese Específica 5	34
4.2.6.	Testagem da Hipótese Específica 6	35
4.2.7.	Testagem da Hipótese Específica 7	35
4.2.8.	Testagem da Hipótese Específica 8	35
4.2.9.	Testagem da Hipótese Específica 9	36
4.2.10.	Testagem da Hipótese Específica 10	37
4.2.11.	Testagem da Hipótese Específica 11	38
4.2.12.	Testagem da Hipótese Específica 12	38
5.	Discussão	41
5.1.	Limitações e Sugestões para Estudos Futuros.....	44
6.	Conclusão	47
	Bibliografia	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra (N = 140).....	16
Tabela 2. Características Clínicas da Amostra (N = 140).....	18
Tabela 3. Níveis de Saturação dos Itens da EMCPN em 5 Fatores.....	19
Tabela 4. Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da EMCPN (N = 140).....	21
Tabela 5. Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da EMCPN (N = 35).....	21
Tabela 6. Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da EADS-21 (N = 35).....	23
Tabela 7. Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da ESSS (N = 35).....	24
Tabela 8. Características Sociodemográficas da Amostra (N = 35).....	29
Tabela 9. Características Clínicas da Amostra (N = 35).....	31
Tabela 10. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 4.....	34
Tabela 11. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 9.....	36
Tabela 12. Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 10.....	38

Índice de Anexos

Anexo I. Folha de Informação à Participante – Versão 1

Anexo II. Folha de Informação à Participante – Versão 2

Anexo III. Consentimento Informado – Versão 1

Anexo IV. Consentimento Informado – Versão 2

Anexo V. Questionário Sociodemográfico e Clínico – Versão 1

Anexo VI. Questionário Sociodemográfico e Clínico – Versão 2

Anexo VII. Escala de Motivação para a Comunicação Pré-Natal (EMCPN)

Anexo VIII. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Anexo IX. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Anexo X. Estatística Descritiva e Frequências das Variáveis Sociodemográficas (N = 140)

Anexo XI. Estatística Descritiva e Frequências das Variáveis Clínicas (N = 140)

Anexo XII. Análise Fatorial sem Extração Forçada com Rotação Equamax

Anexo XIII. Análise Fatorial sem Extração Forçada com Rotação Varimax

Anexo XIV. Análise Fatorial sem Extração Forçada com Rotação Quartimax

Anexo XV. Análise Fatorial sem Extração Forçada com Rotação Oblimin

Anexo XVI. Análise Fatorial sem Extração Forçada com Rotação Promax

Anexo XVII. Análise de Consistência Interna da EMCPN (N = 140)

Anexo XVIII. Estatística Descritiva da EMCPN (N = 140)

Anexo XIX. Análise de Consistência Interna da EMCPN (N = 35)

Anexo XX. Estatística Descritiva da EMCPN (N = 35)

Anexo XXI. Análise de Consistência Interna da EADS-21 (N = 35)

Anexo XXII. Estatística Descritiva da EADS-21 (N = 35)

Anexo XXIII. Análise de Consistência Interna da ESSS (N = 35)

Anexo XXIV. Estatística Descritiva da ESSS (N = 35)

Anexo XXV. Estatística Descritiva e Frequências das Variáveis Sociodemográficas (N = 35)

Anexo XXVI. Estatística Descritiva e Frequências das Variáveis Clínicas (N = 35)

Anexo XXVII. Ajustamento das Variáveis Intervalares à Distribuição Normal (N = 35)

Anexo XXVIII. Testagem da Hipótese Específica 1

Anexo XXIX. Testagem da Hipótese Específica 2

Anexo XXX. Testagem da Hipótese Específica 3

Anexo XXXI. Testagem da Hipótese Específica 4

Anexo XXXII. Testagem da Hipótese Específica 6

Anexo XXXIII. Testagem da Hipótese Específica 7

Anexo XXXIV. Testagem da Hipótese Específica 8

Anexo XXXV. Testagem da Hipótese Específica 9

Anexo XXXVI. Testagem da Hipótese Específica 10

Anexo XXXVII. Testagem da Hipótese Específica 12

1. Introdução Teórica

1.1. Gravidez

Sabe-se que a gravidez não é apenas constituída por adaptações fisiológicas, é também fundamental o desenvolvimento e integração de diversas competências e conhecimentos para uma transição segura para a maternidade (Carvalho, Loureiro, & Simões, 2006). São, então, necessárias adaptações psicológicas que se encontram integradas num conjunto de tarefas. Estas “permitem que a mulher aceite que traz dentro de si outro ser, que em relação a si é potencialmente diferente e autónomo e do qual terá de vir a separar-se” (Justo, 1990, citado por Carvalho et al., 2006, p.41). Considera-se que estas tarefas se encontram divididas por três grandes fases da gravidez que correspondem, mais ou menos, aos seus três trimestres.

Assim, a primeira fase designa-se por fase de integração e é durante este período que a mulher tem a tarefa de aceitar a gravidez. Segundo Justo (1990), isto implica mudar hábitos de vida e preparar-se a si própria e aos que a rodeiam para a chegada do bebé. Esta tarefa pode demorar algum tempo a ser concluída pois, no primeiro trimestre, é normal que exista alguma ambivalência (Colman & Colman, 1994), mesmo quando a mulher planeou e desejou a gravidez (Carvalho et al., 2006). Esta fase também é marcada por preocupações relacionadas com o desenvolvimento da gravidez e com o surgimento de novas responsabilidades (Carvalho et al., 2006).

A segunda fase corresponde à fase de diferenciação. Justo (1990) explica que é nesta altura que a grávida começa a vivenciar a autonomia do feto, ou seja, apercebe-se de que não tem controlo sobre o seu desenvolvimento e ritmos, o que permite que vá aceitando a sua realidade. Colman e Colman (1994) referem o sentir dos movimentos do bebé como a experiência mais emocionante do segundo trimestre e é a partir desse momento que a grávida o começa a imaginar como uma pessoa real, um ser diferente de si própria. Nesta fase, a mulher também tem a tarefa de reavaliar a sua relação com as suas figuras maternas, isto é, procurar

referências nos modelos maternos que conhece, de forma a encontrar padrões com os quais se identifique (Carvalho et al., 2006).

A terceira e última fase corresponde à fase de separação. É neste período que a grávida se apercebe de que a gravidez está próxima do seu fim. A sua rotina diária começa a ser mais complicada de se realizar devido aos desconfortos físicos que sente, começa a preocupar-se com o trabalho de parto e a preparar-se para esse momento e para a chegada do bebé (Colman & Colman, 1994). Importa, nesta fase, que a mulher reavalie a sua relação com o seu companheiro, de forma a que os dois se organizem face às mudanças que vão sentir a esse nível e se preparem para a passagem de casal a família (Carvalho et al., 2006). Para a mulher se conseguir desligar da gravidez, é essencial que consiga aceitar o seu bebé enquanto uma pessoa separada, perceber que apesar de ele ser extremamente dependente dos cuidados maternos é um ser separado que precisa da sua própria autonomia (Carvalho et al., 2006). Neste período, também é natural que a mulher se dedique mais à integração do seu papel parental nos outros papéis da sua vida, ou seja, é importante que aceite as mudanças inerentes à gravidez e maternidade, mas que, ainda assim, seja capaz de reconstruir objetivos noutras áreas da sua vida e que estes sejam adaptados ao seu novo papel (Carvalho et al., 2006).

1.2. Interrupção Espontânea da Gravidez

Embora a gravidez seja, tipicamente, considerada um período exclusivo de alegria é, também, como referido acima, uma fase crítica e exigente. Além das exigências normais inerentes à gravidez, existem diversas circunstâncias que podem tornar a sua vivência mais difícil, nomeadamente uma história de insucesso gravídico. Partindo deste pressuposto, vamos focar-nos nos casos que terminam em interrupção espontânea da gravidez.

Segundo a Associação de Planeamento Familiar (APF), “o aborto espontâneo consiste na interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência acidental ou natural” e pode dever-se

a fatores genéticos ou ambientais. Pode, ainda de acordo com a APF, ser considerado como uma perda precoce, no caso de surgir nas primeiras 12 semanas de gestação, ou tardia, caso ocorra depois desse período. De acordo com Chamberlain (1992, citado por Tsartsara & Johnson, 2006), quando a gravidez termina em aborto espontâneo, pode acontecer que o embrião/feto seja expulso de forma espontânea ou que morra no útero e necessite de alguma intervenção para ser expulso.

A maioria das interrupções espontâneas ocorre durante o primeiro trimestre de gravidez e, por esta razão, uma parte destes casos não chega a ser do conhecimento da mulher que nem se apercebeu do seu estado grávidico. Assim, é difícil saber a prevalência exata deste acontecimento. No entanto, Barros (1991, citado por Rolim & Canavarro, 2001) indica que, em gravidezes clinicamente diagnosticadas, a interrupção espontânea acontece com uma frequência de 15 a 20%.

De forma a se compreender a vivência individual da perda gestacional, importa considerar a ligação da mãe com o bebé e o investimento colocado na gravidez (Cabral, 2005; Rolim & Canavarro, 2001). As reações psicológicas decorrentes desta situação podem ser várias e, embora possam ser influenciadas pelo tempo de gestação, não são determinadas por este, estando dependentes da motivação e desejo da gravidez (Rolim & Canavarro, 2001).

Devido aos avanços tecnológicos na medicina, as mulheres acreditam mais no sucesso da gravidez e têm mais provas da existência de outro ser, o que promove o apego materno ainda antes do nascimento do bebé (Robinson, Baker, & Nackerud, 2010). Este apego é, ainda, facilitado por fatores como a preparação e o ajustamento à gravidez (Stirzinger & Robinson, 1989). Assim, quando ocorre uma interrupção da gravidez, percebe-se que se trata da perda do objeto de apego emocional pré-natal (Gaudet, Séjourné, Camborieu, Rogers, & Chabrol, 2010).

Quando a mulher é confrontada com a perda gestacional existem, na verdade, várias perdas com as quais tem de lidar, tais como a perda do bebé amado e investido (Cabral, 2005;

Tsartsara & Johnson, 2006), a perda da identidade materna (Cabral, 2005; Gaudet et al., 2010; Stirzinger & Robinson, 1989; Tsartsara & Johnson, 2006) e a perda do futuro fantasiado (Cabral, 2005; Stirzinger & Robinson, 1989; Tsartsara & Johnson, 2006). Numa altura em que o feto ainda é sentido como uma extensão do corpo materno, o aborto espontâneo envolve, também, a perda de parte do próprio self (Cabral, 2005; Stirzinger & Robinson, 1989).

O aborto espontâneo ocorre precisamente numa altura em que uma nova vida é esperada. Esta circunstância, aliada ao facto de não existirem evidências físicas da existência do bebé, leva ao surgimento de um processo de luto particularmente complicado (Armstrong, 2004; Cabral, 2005; Gaudet et al., 2010; Rolim & Canavarro, 2001). Além destes fatores, Rolim e Canavarro (2001) e Cabral (2005) apontam, ainda, a contribuição da ausência de rituais sociais, tais como o envio de flores aos pais enlutados ou a realização de um evento fúnebre, para a dificuldade do trabalho de luto.

A verdade é que a perda gestacional precoce é pouco reconhecida pela sociedade como uma verdadeira perda. É provável que, numa fase inicial, parte do círculo social da mulher ainda não tivesse conhecimento da gravidez e, aqueles que têm, não reconhecem a existência de um bebé (Cabral, 2005). Existe dificuldade por parte da sociedade em compreender que o apego da mãe ao bebé começa bastante antes do nascimento (Stirtzinger & Robinson, 1989) e, consequentemente, as pessoas podem demonstrar pouca compreensão pelas reações emocionais da mulher face ao momento que está a viver. É possível que o apoio social e emocional, normal e importante em qualquer processo de luto, esteja ausente nestes casos e seja substituído por atitudes e comentários que são sentidos, pelo casal, como insensíveis e negativos (Rajan & Oakley, 1993). Esta falta de reconhecimento da perda contribui para que a mulher se sinta menos compreendida e pressionada a seguir em frente, mesmo quando não se sente preparada para isso (Leppert & Pahlka, 1984, citado por Rowlands & Lee, 2010). Esta situação pode, assim, trazer complicações ao processo de luto que, segundo Stirtzinger e

Robinson (1989), podia ser facilitado através da validação da perda por parte da comunidade e da normalização dos sentimentos e reações demonstrados pelo casal. Esta ideia é, também, suportada por alguns autores, como Corbet-Owen e Kruger (2001) e Swanson (1999) (citados por Rowlands & Lee, 2010) que referem o reconhecimento da perda por parte dos outros como um fator importante na forma como a mulher lida com esta experiência. De facto, Cabral (2005) refere que reações de intenso pesar no seguimento de uma perda de gravidez não são estranhas, mas sim indicadoras de boas capacidades de relacionamento e de investimento afetivo.

Manifestações de stress são, geralmente, as primeiras reações perante a perda. De seguida, surgem respostas como, por exemplo, raiva e tristeza, que podem variar em termos de duração e intensidade, havendo o risco de se transformarem em preocupações psicologicamente graves e persistentes (Zolese & Blacker, 1992, citado por Gaudet et al., 2010). As mulheres que passam por esta experiência têm maior predisposição a desenvolver sintomas de tristeza, frustração, desapontamento, raiva e culpa (Rolim & Canavarro, 2001). Stirtzinger e Robinson (1989) referem alguns autores, como Friedman (1982), Herz (1984) e Seibel e Graves (1980), os quais defendem ser frequente que a mulher se culpe a si própria, questionando-se e tentando perceber se cometeu algum erro que possa ter provocado a interrupção da gravidez.

Os sintomas depressivos e ansiosos têm recebido alguma atenção enquanto reações a esta vivência. Armstrong (2004) indica alguns autores, tais como Prettyman, Cordle, e Cook (1993) e Thapar e Thapar (1992), que defendem que, após a experiência de aborto espontâneo, algumas mulheres apresentam níveis elevados de ansiedade e depressão. Em relação aos sintomas depressivos, Tsartsara e Johnson (2006) indicam que a sua prevalência, em mulheres que sofreram aborto espontâneo recentemente, varia de 3 a 51%, dependendo da definição de aborto utilizada no estudo em causa e da altura em que foi realizada a avaliação. Os mesmos autores também referem que, de acordo com diferentes estudos, a duração destes sintomas pode

durar entre 3 e 12 meses. Tsartsara e Johnson (2006) afirmam, também, que mulheres afetadas por aborto espontâneo se encontram em maior risco de apresentarem sintomas ansiosos seguidamente à perda, podendo surgir mesmo efeitos cognitivos e comportamentais significativos que conduzam a sentimentos de evitação e intrusão.

Os sintomas referidos não se limitam à fase imediatamente após a perda e podem mesmo prolongar-se durante toda a vida (Stirtzinger & Robinson, 1989). Rolim e Canavarro (2001) afirmam que são frequentes episódios depressivos em momentos que sejam cronologicamente significativos, mesmo alguns anos após a ocorrência da interrupção da gravidez. Alguns destes momentos correspondem à data prevista do parto, ao aniversário da data do aborto e às gravidezes seguintes.

Forrest, Standish, e Baum (1982, citado por Tsartsara & Johnson) afirmam que 50% das mulheres que sofrem um aborto espontâneo voltam a engravidar dentro de um período de 12 meses. Existe alguma preocupação em relação ao tempo que decorre entre a perda de uma gestação e a gestação seguinte, isto porque se considera que uma gravidez pouco tempo depois de uma perda pode inibir o processo de luto, levando à sua reativação patológica no futuro (Cuisinier, Janssen, de Graauw, Bakker, e Hoogduin, 1996). O processo de luto por uma perda gestacional precoce tem, habitualmente, a duração de cerca de um ano. Assim, uma gravidez que ocorra durante esse período pode comprometer esse processo, pois torna-se difícil conciliar a existência de emoções inerentes a uma gravidez adaptativa e de emoções ligadas a um trabalho de luto adequado (Cabral 2005; Rolim & Canavarro, 2001). Kay, Roman, e Schulte (1993, citado por Cabral, 2005) indicam um estudo que evidenciou um maior risco de desenvolvimento de luto patológico em mulheres que engravidam num período igual ou inferior a 5 meses após a perda, em comparação com mulheres que engravidam passados pelo menos 6 meses. Existem, por outro lado, segundo Gaudet e colaboradores (2010), autores, como Lin e Lasker (1996) e Theut, Zaslow, Rabinovich, Bartko, e Morihisa (1990), que

sugerem a possibilidade de uma gravidez subsequente a uma perda gestacional poder ter efeitos positivos, tais como uma aceitação da perda vivida e uma diminuição dos sintomas de luto e culpa. No entanto, O’Leary (2004, citado por Gaudet et al., 2010), chama a atenção para o facto de estes benefícios imediatos poderem estar, na verdade, a ocultar a presença de um luto não resolvido, indo de encontro aos autores que defendem o papel inibidor da gravidez no processo de luto.

O facto de o processo de luto não se encontrar concluído e ser interrompido por uma nova gestação tem consequências ao nível do desenvolvimento adaptativo da gravidez e da ligação mãe-bebé (Rolim e Canavarro, 2001). A relação mãe-bebé é, assim, prejudicada, podendo acontecer que a mãe seja pouco responsiva ao bebé, que o veja como um substituto do bebé que perdeu e/ou seja demasiado protetiva com ele (Cuisinier et al., 1996). O facto de o novo bebé ser sentido pela mãe como uma substituição do bebé perdido tem efeito inibitório ao nível do apego materno (Mazet & Lebovici, 1998, citado por Gaudet et al., 2010).

O investimento emocional na nova gravidez e a ligação ao bebé também parecem ser dificultados por sentimentos de ansiedade associados à importância atribuída à perda vivida, ao grau de personificação do bebé perdido e ao apego a ele (Côte-Arsenault & Dombeck, 2001, citado por Gaudet et al., 2010). Armstrong (2004) corrobora esta ideia, mostrando uma correlação inversa entre ansiedade relacionada com a gravidez e apego pré-natal, ou seja, mostrando que o apego diminui quando a ansiedade aumenta. Além disso, as dificuldades referidas podem derivar, também, de um processo defensivo, adotado por algumas mulheres grávidas afetadas por história de interrupção espontânea, que tem como objetivo a proteção emocional e distanciamento da dor relativa a uma nova perda (Gaudet et al., 2010).

Mulheres grávidas com história de aborto espontâneo apresentam mais queixas de ansiedade relacionadas com a gravidez, quando comparadas com mulheres sem história de aborto espontâneo. Isto deve-se ao facto de esta vivência provocar na mulher uma falta de

confiança nas suas capacidades reprodutivas (Bergner, Beyer, Klapp, & Rauchfuss, 2008), o que se traduz no receio de uma nova perda (Cuisinier et al., 1996). Assim, uma nova gravidez é marcada por sentimentos de ansiedade e expectativa que são ainda mais intensos no caso de a mulher ter mais de um aborto espontâneo na sua história obstétrica (Bergner et al., 2008).

1.3. Comunicação Pré-Natal

O ambiente auditivo intrauterino é extremamente rico, pois é composto por diversos sons do organismo materno (Kisilevsky et al., 2003; Voegtline, Costigan, Pater, & DiPietro, 2013). Alguns autores, como Kisilevsky e Hains (2001), Kisilevsky et al. (2003) e Voegtline et al. (2013), referem que no último trimestre de gravidez, o feto ouve, reage e discrimina sons. Mais especificamente, Rubel e Fritsch (2002, citado por Jardri et al., 2012) explicam que os recetores cocleares dos fetos se encontram desenvolvidos às 30 semanas de gestação e Jardri e colaboradores (2008, citado por Jardri et al., 2012) indicam que às 33 semanas de gestação é possível medir a resposta do feto ao som através da ativação do córtex temporal esquerdo.

A voz materna é um som ambiental onnipresente e, desta forma, a comunicação pré-natal tem implicações ao nível da linguagem e do apego na infância (DeCasper & Fifer, 1980; Kisilevsky & Hains, 2011). Voegtline e colaboradores (2013) citam autores, como Busnel (1979) e Querleu, Renard, Versyp, Paris-Delrue, e Crepin (1988), os quais referem que a voz da mãe é menos atenuada em comparação com outros sons exteriores. Busnel, Granier-Deferre, e Lecanuet (1992, citado por Krueger, Cave, & Garvan, 2005) afirmam que a voz da mãe atinge mais 24 decibéis do que outros sons no útero, tornando-se não só numa fonte de estimulação auditiva, mas também vibratória e vestibular. Estas ideias também são suportadas por Querleu, Renard, Bouteville, e Crepin (1989) e Zatorre, Belin, e Penhune (2002) (citados por Krueger et al., 2005) que descrevem a voz materna como um estímulo constituído por diferentes

modalidades sensoriais e explicam, também, que quando o feto é exposto a esta não se limita a ouvi-la, mas sente a vibração da coluna vertebral e do diafragma da mãe.

Krueger e colaboradores (2015) referem que o impacto da exposição pré-natal à voz materna e a outros sons tem sido medido, segundo Eswaran e colaboradores (2007) e Moon e Fifer (2000), através de batimentos cardíacos e movimentos fetais. No entanto, existem resultados muito variados entre os diferentes estudos. Esta situação pode dever-se às condições utilizadas em cada estudo. Krueger e colaboradores (2015) referem alguns exemplos que podem influenciar os resultados, como diferenças na idade gestacional, qualidade da gravação e tempo de exposição à estimulação auditiva. Marx e Nagy (2015) também referem a influência de a voz da mãe ser, na maioria dos estudos, apresentada de uma forma indireta, isto é, através de uma gravação, o que resulta numa alteração da experiência sonora do feto. Voegtline e colaboradores (2013) referem ainda que, na apresentação da voz através de uma fonte externa, algumas propriedades acústicas são omitidas. No entanto, a maioria dos estudos realizados recorrem à utilização da gravação da voz materna. Autores como Kisilevsky et al. (2003, 2009) descobriram um aumento nos batimentos cardíacos fetais em resposta à voz materna. Por outro lado, Voegtline e colaboradores (2013) verificaram, também em relação à voz materna, uma diminuição nos batimentos cardíacos fetais. Outros autores, como Hepper, Scott, e Shahidullah (1993, citado por Marx & Nagy, 2015) observaram que os batimentos cardíacos fetais eram influenciados de igual forma pela voz da mãe e por uma voz feminina desconhecida. Em relação aos movimentos fetais, a maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas entre as gravações da voz materna e as gravações de uma voz feminina desconhecida. No entanto, Voegtline e colaboradores (2013) verificaram uma redução significativa da amplitude do movimento fetal em resposta à leitura realizada com a voz da mãe. Apesar dos diferentes resultados obtidos nos estudos realizados no âmbito desta temática, têm sido encontrados

efeitos da exposição pré-natal à voz materna ao nível da ligação mãe-bebé e de competências linguísticas, os quais são referidos abaixo.

Kisilevsky e colaboradores (2003), Marx e Nagy (2015) e Voegtline e colaboradores (2013) indicam diversos autores, como DeCasper e Spence (1986), Fifer (1987), Fifer e Moon (1995), Granler-Deferre, Ribeiro, Jacquet, e Bassereau (2011), Moon, Cooper, e Fifer (1993), Moon e Fifer (2000) e Spence e DeCasper (1987) que referem a existência de uma preferência neonatal pela voz da mãe. Esta teoria é reforçada por DeCasper e Fifer (1980) que observaram, através de comportamentos de sucção de recém-nascidos, uma preferência pela voz materna em comparação com uma voz feminina estranha. Além da preferência pela voz materna, DeCasper e Spence (1986, citado por Kisilevsky et al., 2003) verificaram que os recém-nascidos também têm preferência por uma história que lhes foi lida pela mãe ao longo de 6 semanas durante a fase final da gravidez. Para que estas preferências existam, é necessário que, após o nascimento, o bebé seja capaz de discriminar a voz da mãe entre as restantes (Voegtline et al., 2013), o que só é possível através de exposição recorrente à sua voz durante o período pré-natal (DeCasper, Lecanuet, Busnel, Granier-Deferre, & Maugeais, 1994; Voegtline et al., 2013) e de competências auditivas dos recém-nascidos. Estes são sensíveis ao ritmo (Condon & Sander, 1974, citado por DeCasper & Fifer, 1980), à entoação (Eisenberg, Cousins, & Rupp, 1966, citado por DeCasper & Fifer, 1980), à variação de frequência (Eisenberg, 1976, citado por DeCasper & Fifer, 1980) e a componentes fonéticos do discurso (Butterfield & Cairns, 1974, citado por DeCasper & Fifer, 1980). Estas evidências também sugerem que os fetos têm a capacidade de estarem atentos e formar memórias dos estímulos a que são expostos no útero (Kisilevsky et al., 2003; Marx & Nagy, 2015).

Spence e DeCasper (1987, citado por Voegtline et al., 2013) referem que, a voz materna, quando chega ao útero, preserva características fonéticas e, segundo Moon, Lagercrantz, e Kuhl (2013, citado por Voegtline et al., 2013), transmite informações acerca do seu ritmo e entoação.

Assim, há, de acordo com Krueger et al. (2015), vários autores, como Eswaran, Draganova, e Preissl (2007), Fifer e Moon (1994), Groome e colaboradores (1997) e Moon, Lagercrantz, e Kuhl (2013), que defendem um contributo relevante, por parte da voz materna, ao nível da discriminação de fatores importantes para o desenvolvimento da linguagem. De facto, Kisilevsky e colaboradores (2003) afirmam que, ao nascimento, os bebés têm a competência de discriminar fonemas e de perceber segmentos de sons do discurso e DeCasper e colaboradores (1994) referem um ajuste percetivo do recém-nascido ao idioma nativo. Isto sugere que os fetos devem ter aprendido a informação prosódica específica da voz da mãe e que, durante a maturação fetal, ocorreu alguma modificação neurológica baseada na sua voz (Kisilevsky & Hains, 2011).

Através dos estudos referidos, percebe-se que a exposição do futuro bebé à voz da mãe tem benefícios importantes. No entanto, há pouca literatura sobre a natureza da comunicação pré-natal. Existe um estudo de Nelson e Fazio (1995), em que os autores afirmam que a gravidez é o período em que a mulher começa a comunicar com o seu bebé. Os mesmos autores explicam que o falar com o bebé é uma forma de expressão de emoções. Na verdade, Nelson e Fazio (1995) verificaram que os conteúdos partilhados na comunicação verbal pré-natal têm uma natureza fundamentalmente positiva, apesar de fatores e eventos indutores de stress na vida da mulher poderem influenciar a forma como ela comunica com o feto. Nelson e Fazio (1993, citado por Nelson & Fazio, 1995) concluem que a comunicação verbal da grávida com o bebé é mais frequente, duradoura e menos negativa quando a mãe acredita que o feto se encontra consciente da comunicação.

2. Problema de Investigação, Objetivo e Hipótese Geral

2.1. Problema de Investigação

O problema de investigação pode constituir a seguinte pergunta: Será que, durante o terceiro trimestre de gravidez, mulheres com história de interrupção espontânea da gravidez, quando comparadas com mulheres sem essa história, apresentam uma alteração negativa na comunicação pré-natal?

2.2. Relevância do Problema de Investigação

Sabe-se que a perda gestacional tem um impacto importante na vida da mulher, nomeadamente ao nível de uma gravidez seguinte. Assim, torna-se importante compreender melhor os seus efeitos. Armstrong (2004) salienta exatamente essa importância, como forma de se poder criar e testar intervenções adequadas para esta população. Devido às implicações que a voz materna tem no desenvolvimento da linguagem e na vinculação entre a mãe e o bebé (Kisilevsky & Hains, 2011) e à influência de fatores e eventos indutores de stress na vida da mulher na forma como esta comunica com o feto (Nelson & Fazio, 1995), torna-se pertinente perceber se mulheres com história de interrupção espontânea da gravidez têm consequências ao nível da comunicação pré-natal, pois, se tal for demonstrado, também o bebé sofrerá consequências ao ser privado dos possíveis benefícios dessa mesma comunicação.

2.3. Objetivo

O presente estudo procura perceber se existe uma relação entre perda gestacional precoce e comunicação pré-natal numa gestação subsequente. Assim, o objetivo de esta investigação é comparar a comunicação pré-natal de mulheres grávidas sem história de interrupção espontânea da gravidez com mulheres grávidas que tenham sofrido, pelo menos, uma interrupção espontânea da gravidez.

2.4. Hipótese Geral

Neste estudo foi definida uma hipótese geral, que é apresentada abaixo.

Hipótese Geral 1 – A história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

3. Metodologia

3.1. Definição de Variáveis

A variável independente deste estudo é a história de interrupção espontânea da gravidez (presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez ou, em alternativa, número de interrupções espontâneas da gravidez). A variável dependente é a comunicação pré-natal. Também existem variáveis a serem controladas, como as vivências psicopatológicas, a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas e clínicas, como, por exemplo, a idade, o número de anos de escolaridade concluídos com sucesso e a presença de problemas de saúde durante a gravidez atual.

3.2. Operacionalização de Variáveis

3.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Através do Questionário Sociodemográfico e Clínico, pretendeu-se recolher dados para elaborar uma caracterização da amostra, dados sobre a variável independente e dados sobre variáveis que possam introduzir variância de erro na testagem das hipóteses. No âmbito dos dados sociodemográficos, foram recolhidas informações como a idade, a nacionalidade, o número de anos de escolaridade concluídos com sucesso, o estatuto laboral, a profissão (agrupada em 10 categorias, segundo a Classificação Portuguesa das Profissões, 2010), o estatuto socioeconómico (agrupado em 5 categorias, segundo Graffar, 1956), o estatuto conjugal, o número de filhos, o número de elementos do agregado familiar de origem e do atual. As perguntas de âmbito sociodemográfico foram estendidas ao pai da futura criança. Os dados clínicos recolhidos foram relativos à gravidez atual, como o tempo de gestação, o planeamento e desejo da gravidez, a vigilância médica da gravidez, os problemas de saúde durante a gravidez, o sexo do bebé e a preferência pelo sexo; e à história obstétrica, como o número de gravidezes anteriores, o ano em que ocorreram e as semanas com que terminaram.

3.2.2. Escala de Motivação para a Comunicação Pré-Natal (EMCPN) (Graça & Martins, 2018)

Este instrumento foi construído com o intuito de avaliar a comunicação entre a grávida e o seu futuro bebé. Inicialmente, foram criados 28 itens a partir de uma revisão de literatura. Os itens são pontuados a partir de uma escala de Likert que varia de 0 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). A pontuação dos itens é somada e valores mais altos nas escalas correspondem a uma maior comunicação pré-natal.

A escala foi aplicada a uma amostra de 140 mulheres, no terceiro trimestre de gravidez, entrevistadas no Centro Ecográfico de Entrecampos. Aí, as mulheres eram encaminhadas a um gabinete e convidadas a participar no estudo. Era-lhes dada a Folha de Informação à Participante e, no caso de aceitarem participar, procedia-se à assinatura dessa mesma folha e do Consentimento Informado, tanto por parte da participante como por parte da investigadora. Depois das assinaturas, o Questionário Sociodemográfico e Clínico era preenchido pela investigadora e, de seguida, era solicitado à participante que respondesse à EMCPN. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 140)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (Anos)	34.80	4.02	25	48
NAECS*	15.61	2.33	9	22
Duração da Relação (Anos)	10.12	5.74	1	32
Nº de Relações Anteriores	1.03	.88	0	3
Nº Filhos da Relação Atual	.61	.68	0	3
Nº Filhos de Relações Anteriores	.14	.49	0	3
Nº de Elementos do AF*** de Origem	4.04	1.03	2	8
Nº de Elementos do AF Atual	2.80	.92	2	9
Idade do Companheiro (Anos)	36.57	4.99	24	53

Tabela 1 (cont.)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
NAECS do Companheiro	14.32	3.50	4	20
	Condição	Frequência	Percentagem	
Nacionalidade	Portuguesa	138	98.6%	
	Inglesa	1	.70%	
	Brasileira	1	.70%	
Estatuto Conjugal	Casada	78	55.7%	
	União de Facto	59	42.1%	
	Solteira	1	.7%	
	Divorciada	2	1.4%	
Profissão (Classificação Portuguesa das Profissões)	0	1	.70%	
	1	13	9.3%	
	2	69	49.3%	
	3	24	17.1%	
	4	18	12.9%	
	5	12	8.6%	
	9	3	2.1%	
Estatuto Laboral	Conta Própria	25	17.9%	
	Conta de Outrem	111	79.3%	
	Desempregada	4	2.9%	
Estatuto Socioeconómico (Graffar)	Classe I	67	47.9%	
	Classe II	64	45.7%	
	Classe III	9	6.4%	
Profissão do Companheiro (Classificação Portuguesa das Profissões)	1	29	20.7%	
	2	61	43.6%	
	3	15	10.7%	
	4	7	5%	
	5	13	9.3%	
	6	1	.7%	
	7	6	4.3%	
	8	4	2.9%	

* NAECS: Número de anos de escolaridade concluídos com sucesso; **AF: Agregado familiar

As características clínicas da amostra são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Características Clínicas da Amostra (N = 140)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de Gestação (Semanas)	32.09	1.90	27	37
Nº de Gravidezes Anteriores	1.08	.98	0	4
Nº de Partos a Termo	.62	.70	0	2
Nº de Partos Pré-Termo	.11	.34	0	2
Nº de IEG*	.31	.50	0	3
Nº de IVG**	.01	.05	0	1
Nº de IMG***	.02	.15	0	1
Nº de MF****	.01	.85	0	1

	Condição	Frequência	Porcentagem
Gravidez	Não Planeada	29	20.7%
	Planeada	111	79.3%
Tipo de Gravidez	Simplex	138	98.6%
	Gemelar	2	1.4%
Sexo do Bebê	Masculino	74	37.1%
	Feminino	64	62.9%
	Masculino e Feminino	2	1.4%
Preferência pelo Sexo do Bebê	Não	80	57.1%
	Sim	60	42.9%
	Sim, Pelo Sexo Masculino	23	38.3%
	Sim, Pelo Sexo Feminino	37	61.3%
Problemas de Saúde Durante a Gravidez	Não	104	74.3%
	Sim	36	25.7%
	Sim, Diabetes Gestacionais	9	25%
	Sim, Colo do Útero Curto	3	8.3%
	Sim, Varizes no Útero	1	2.8%
	Sim, Descolamento da Placenta	4	11.1%
	Sim, Hipertrofia Ventricular	1	2.8%
	Sim, Insuficiência Renal	1	2.8%
	Sim, Crises do Síndrome Vertiginoso	1	2.8%
	Sim, Contrações	4	11.1%
	Sim, IEG de um Gêmeo	1	2.8%
	Sim, Hemorragias	5	13.9%
	Sim, Risco de Trissomia 21	1	2.8%
	Sim, Risco de IEG	1	2.8%
	Sim, Translucência da Nuca	1	2.8%
	Aumentada		

Tabela 2 (cont.)

	Condição	Frequência	Porcentagem
Problemas de Saúde Durante a Gravidez	Sim, Deslocamento do Saco Amniótico	1	2.8%
	Sim, Infecção Urinária	1	2.8%
	Sim, Pressão das Vias Uterinas Aumentada	1	2.8%

*IEG: Interrupção espontânea da gravidez; **IVG: Interrupção voluntária da gravidez;

IMG: Interrupção médica da gravidez; *MF: Morte fetal

Foi realizada uma análise fatorial com os 28 itens do instrumento na amostra de 140 participantes. A adequação da amostra para a realização da análise fatorial foi verificada através da medida de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .888$) considerado bom, ou seja, a análise fatorial é um método apropriado para o tratamento dos dados. O teste de esfericidade de Barlett ($Barlett = 2792.795$, $p = .000$) confirmou que a análise fatorial é adequada pois as correlações entre os itens são suficientes. Os valores da anti-imagem dos itens variaram entre .691 e .956. De seguida, recorrendo à análise fatorial sem extração forçada e com rotação ortogonal Equamax, foi analisada a Matriz de Componentes. Aqui, embora tenham sido extraídos 6 fatores, apenas foram considerados 5, com o critério de que cada fator teria de ser explicado por pelo menos 3 itens, isto é, itens com saturação $\geq .500$. Um dos itens apresentou saturação $\geq .500$ em mais do que um fator. Neste caso, foi considerado o fator em que a saturação era mais elevada. Na Tabela 3, são apresentados os valores de saturação dos itens que foram selecionados, em cada fator.

Tabela 3

Níveis de Saturação dos Itens da EMCPN em 5 Fatores

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
EMCPN_1	.530	.223	.065	.544	.112
EMCPN_2	.719	.174	.098	.303	-.297

Tabela 3 (cont.)

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
EMCPN_3	.727	.173	.161	.207	-.402
EMCPN_4	.724	.177	.146	.138	-.286
EMCPN_6	.460	.208	.629	-.138	.102
EMCPN_7	.602	.386	.154	.396	.011
EMCPN_8	-.015	-.048	.036	-.108	.827
EMCPN_9	.186	.741	.067	.183	-.230
EMCPN_11	.551	.395	.311	.276	-.139
EMCPN_12	.085	.175	.831	.045	-.064
EMCPN_13	.052	.059	.192	.806	-.063
EMCPN_14	.023	-.044	-.189	-.013	.836
EMCPN_15	.492	.247	.158	.549	.026
EMCPN_16	.551	.275	.148	.496	.014
EMCPN_17	.132	.156	.525	.299	-.017
EMCPN_19	.027	.022	.885	.182	-.077
EMCPN_20	.039	.555	.088	.376	-.023
EMCPN_21	.265	.817	.167	.124	-.006
EMCPN_23	.139	.064	.631	.266	-.236
EMCPN_25	.368	.311	.200	.578	-.115
EMCPN_27	-.173	.101	-.003	.142	.678
EMCPN_28	.090	.872	.116	.066	.073

Nota. Os valores sombreados representam as correlações com a escala a que cada fator pertence

Importa referir que para análises posteriores os itens 8, 14 e 27 foram invertidos devido a pontuações mais elevadas nestes itens corresponderem a menores níveis de comunicação pré-natal. De seguida, foi realizada uma análise de consistência interna aos 5 fatores extraídos e à escala total, com o objetivo de obter os coeficientes de Alfa de Cronbach (α). O α dos fatores 2, 4 e 5 foi aceitável, o do fator 3 foi bom e o do fator 1 foi excelente. No entanto, no fator 2, ao ser eliminado o item 20, a sua consistência interna passou de aceitável a boa. O α total do

instrumento é bom. Os valores dos α de cada fator e da escala total são apresentados na Tabela 4, assim como os da estatística descritiva.

Tabela 4

Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da EMCPN (N = 140)

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Escala Total
α	.920	.872	.832	.788	.737	.910
Média	24.079	11.914	10.443	15.671	9.900	72.007
Desvio Padrão	6.766	3.517	6.223	3.986	4.167	18.179
Assimetria	-1.472	-1.668	.150	-1.208	-.597	-.548
Curtose	1.761	2.617	-.688	1.041	-.539	-.222
Mínimo	0	0	0	3	0	19
Máximo	30	15	25	20	15	104

Assim, a versão final da EMCPN é constituída por 21 itens que se encontram divididos em 5 fatores. O fator 1, nomeado Comunicação verbal pré-natal, é constituído pelos itens 2, 3, 4, 7, 11 e 16; o fator 2, nomeado Envolver o companheiro na comunicação pré-natal, é constituído pelos itens 9, 21 e 28; o fator 3, nomeado Conteúdos partilhados na comunicação pré-natal, é constituído pelos itens 6, 12, 17, 19 e 23; o fator 4, nomeado Perceção da capacidade auditiva do bebé, é constituído pelos itens 1, 13, 15 e 25 e o fator 5, nomeado Disponibilidade para a comunicação pré-natal, é constituído pelos itens 8, 14 e 27.

Na Tabela 5, estão os valores da estatística descritiva e da análise de consistência interna realizada na amostra recolhida para esta investigação.

Tabela 5

Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da EMCPN (N = 35)

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Escala Total
α	.904	.773	.820	.780	.435	.925
Média	23.143	11.800	10.914	15.743	10.286	71.886

Tabela 5 (cont.)

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Escala Total
Desvio Padrão	7.059	3.306	6.491	4.245	3.451	20.123
Assimetria	-1.333	-1.735	.191	-1.519	-.684	-.669
Curtose	1.972	3.734	-.813	2.087	.196	.387
Mínimo	0	0	0	3	1	14
Máximo	30	15	25	20	15	101

3.2.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress é uma adaptação para a população Portuguesa, feita com a contribuição de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS), criada por Lovibons e Lovibond (1995). Esta é uma escala de autorrelato, constituída por 21 itens que têm como objetivo avaliar três dimensões: ansiedade, depressão e stress. À dimensão ansiedade correspondem os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20: Estes incluem conceitos como excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. À dimensão depressão correspondem os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21. E estes incluem conceitos como disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. À dimensão stress correspondem os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18. Estes incluem conceitos como dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e impaciência. Os itens correspondem a afirmações que apontam para sintomas negativos. Os participantes devem ler as afirmações e responder, através de uma escala de Likert (0 – não se aplicou nada a mim; 1 – aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim muitas vezes e 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes), com que frequência experienciaram esses sintomas durante “a semana passada”. Os valores de cada escala são calculados através da soma dos resultados dos sete itens que as constituem, sendo que, quanto maior for o valor obtido em cada uma, mais negativas são as

dimensões afetivas em causa, com uma pontuação mínima de 0 e máxima de 21. Também é possível utilizar a escala total como medida das vivências psicopatológicas. Os valores de consistência interna, medida através do Alfa de Cronbach, da EADS-21 são de $\alpha = .85$ para a escala de depressão, de $\alpha = .74$ para a de ansiedade e de $\alpha = .81$ para a de stress.

Na Tabela 6, estão os valores da estatística descritiva e da análise de consistência interna realizada na amostra recolhida para esta investigação.

Tabela 6

Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da EADS-21 (N = 35)

	Ansiedade	Depressão	Stress	Escala Total
α	.308	.406	.834	.803
Média	2.886	.829	4.800	8.514
Desvio Padrão	2.011	1.150	3.563	5.628
Assimetria	.695	1.216	.712	.892
Curtose	.177	.461	-.576	.362
Mínimo	0	0	0	2
Máximo	8	4	12	24

3.2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi construída por Pais-Ribeiro (1999) com o objetivo de medir, como o nome indica, a satisfação com o suporte social. A ESSS é uma escala de autorrelato, constituída por 15 itens que procuram avaliar o construto em causa. Os itens correspondem a afirmações que os participantes devem ler e responder, a partir de uma escala de Likert (1 – discordo totalmente; 2 – discordo na maior parte; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo na maior parte e 5 – concordo totalmente), consoante o grau em que concordam com as afirmações. Esta escala divide-se em quatro subescalas, sendo que cada uma avalia diferentes aspetos do suporte social. Assim, existe a escala de satisfação com os

amigos que é avaliada através dos itens 3, 12, 13, 14 e 15; a escala de intimidade que é avaliada pelos itens 1, 4, 5 e 6; a escala de satisfação com a família, medida pelos itens 9, 10 e 11 e a escala das atividades sociais, avaliada pelos itens 2, 7 e 8. Na altura de cotar os resultados obtidos através da aplicação de esta escala, importa ter em conta que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 devem ser classificados por ordem inversa. A pontuação final pode variar entre 15 e 75, sendo que quanto maior o resultado obtido maior o suporte social percecionado. Relativamente aos índices de consistência interna, a escala total apresenta um valor de $\alpha = .85$, a subescala de satisfação com os amigos apresenta $\alpha = .83$, a de intimidade $\alpha = .74$, a de satisfação com a família $\alpha = .74$ e a de atividades sociais $\alpha = .64$.

Na Tabela 7, estão apresentados os valores da estatística descritiva e da análise de consistência interna realizada na amostra recolhida para esta investigação.

Tabela 7

Estatística Descritiva e Análise de Consistência Interna da ESSS (N = 35)

	Satisfação com Amigos	Intimidade	Satisfação com Família	Atividades Sociais	Escala Total
α	.697	.530	.703	.620	.746
Média	21.629	18.114	13.514	11.771	65.029
Desvio Padrão	2.798	2.410	1.821	2.486	6.378
Assimetria	-.448	-1.425	-1.326	-.636	-.842
Curtose	-.912	1.451	1.582	.036	1.190
Mínimo	16	12	8	5	46
Máximo	25	20	15	15	75

3.3. Hipóteses Específicas

Hipótese Específica 1 – A variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da

variância estatística da variável dependente comunicação verbal pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 2 – A variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente envolver o companheiro na comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 3 – A variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente conteúdos partilhados na comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 4 – A variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente perceção das capacidades auditivas do bebé, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 5 – A variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente disponibilidade para a comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 6 – A variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente motivação para a comunicação pré-natal, mesmo

depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 7 – A variável número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente comunicação verbal pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 8 – A variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente envolver o companheiro na comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 9 – A variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente conteúdos partilhados na comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 10 – A variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente percepção das capacidades auditivas do bebé, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 11 – A variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente disponibilidade para a comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

Hipótese Específica 12 – A variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável

dependente motivação para a comunicação pré-natal, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social.

3.4. Procedimento

A amostra deste estudo foi recolhida no Centro Ecográfico de Entrecampos, onde as administrativas encaminhavam as participantes para a investigadora, e na consulta de Doenças Autoimunes e Insucesso Obstétrico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, onde era a enfermeira responsável que encaminhava as participantes. Em ambos os locais, as mulheres eram conduzidas a um gabinete e convidadas a participar no estudo, era-lhes dada a Folha de Informação à Participante e, no caso de aceitarem participar, procedia-se à assinatura dessa mesma folha e do Consentimento Informado, tanto por parte da participante como por parte da investigadora. Depois das assinaturas, o Questionário Sociodemográfico e Clínico era preenchido pela investigadora e de seguida era solicitado à participante que respondesse à EMCPN, à EADS-21 e à ESSS.

Para serem incluídas na amostra, era necessário que as mulheres tivessem uma idade igual ou superior a 18 anos, fossem fluentes em Português e se encontrassem no terceiro trimestre de gravidez. Por outro lado, eram excluídas da amostra caso tivessem outro tipo de insucesso gravídico, que não a interrupção espontânea, na sua história obstétrica.

A amostra deste estudo inclui somente mulheres no terceiro trimestre de gravidez devido a ser nessa altura que, segundo autores como Kisilvesky e Hains (2001), Kisilvsky et al. (2003) e Voegtline et al. (2013), o feto ter a capacidade de ouvir, reagir e discriminar sons.

4. Resultados

A análise estatística dos dados recolhidos, através da aplicação dos questionários, foi efetuada com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versões 24 e 25.

4.1. Caracterização da Amostra

No total, foram recolhidos 38 protocolos, dos quais 8 foram obtidos na Maternidade Dr. Alfredo da Costa e 30 no Centro Ecográfico de Entrecampos. No entanto, a amostra deste estudo apenas é constituída por 35 mulheres, pois 3 protocolos foram excluídos. Os motivos de exclusão envolveram interrupção voluntária da gravidez, interrupção médica da gravidez e gravidez por inseminação artificial (doação de esperma, sem companheiro). Das 35 participantes, 20 não têm história de interrupção espontânea da gravidez (57.1%) e 15 têm história de interrupção espontânea da gravidez (42.9 %). As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 35)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (Anos)	34.63	4.26	25	41
NAECS*	14.63	2.34	9	17
Duração da Relação (Anos)	11.54	5.22	3	20
Nº Filhos da Relação Atual	.77	.69	0	2
Nª Filhos de Relações Anteriores	.09	.28	0	1
Nº de Elementos do AF*** de Origem	4.60	1.63	2	10
Nº de Elementos do AF Atual	2.86	.77	2	5
Idade do Companheiro (Anos)	36.37	4.94	29	49
NAECS do Companheiro	13.57	3.09	5	17
Nº de Filhos de Relações Anteriores do Companheiro	.11	.32	0	1

Tabela 8 (cont.)

	Condição	Frequência	Porcentagem
Nacionalidade	Portuguesa	33	94.3%
	Guineense	1	2.9%
	Cabo-Verdiana	1	2.9%
Estatuto Conjugal	Casada	22	62.9%
	União de Facto	13	37.1%
Profissão (Classificação Nacional das Profissões)	1	3	8.6%
	2	15	42.9%
	3	8	22.9%
	4	3	8.6%
	5	5	14.3%
	9	1	2.9%
Estatuto Laboral	Conta Própria	5	14.3%
	Conta de Outrem	28	80%
	Ambos	1	2.9%
	Desempregada	1	2.9%
Estatuto Socioeconómico (Graffar)	Classe I	13	37.1%
	Classe II	16	45.7%
	Classe III	6	17.1%
Nacionalidade do Companheiro	Português	33	94.3%
	Guineense	1	2.9%
	Cabo-Verdiano	1	2.9%
Profissão do Companheiro (Classificação Nacional das Profissões)	0	1	2.9%
	1	5	14.3%
	2	11	31.4%
	3	6	17.1%
	4	4	11.4%
	5	2	5.7%
	6	1	2.9%
	7	2	5.7%
	8	3	8.6%
Estatuto Laboral do Companheiro	Conta Própria	6	17.1%
	Conta de Outrem	29	82.9%

*NAECS: Número de anos de escolaridade concluídos com sucesso; **AF: Agregado familiar

Na Tabela 9 são apresentadas as características clínicas da amostra.

Tabela 9

Características Clínicas da Amostra (N = 35)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de Gestação (Semanas)	32.20	2.79	27	39
Nº de Gravidezes Anteriores	1.63	1.37	0	6
Nº de Partos a Termo	.86	.77	0	3
Nº de IEG*	.77	1.09	0	4

	Condição	Frequência	Porcentagem
Gravidez	Não Planeada	9	25.7%
	Planeada	26	74.3%
Sexo do Bebê	Masculino	13	37.1%
	Feminino	22	62.9%
Preferência pelo Sexo do Bebê	Não	19	54.3%
	Sim	16	45.7%
	Sim, Pelo Sexo Masculino	5	31.3%
	Sim, Pelo Sexo Feminino	11	68.8%
Problemas Durante a Gravidez	Não	28	80%
	Sim	7	20%
	Sim, Infecção Urinária	1	14.3%
	Sim, Ventrículo Cerebral no Limite e Subida da Pressão Arterial Uterina	1	14.3%
	Sim, Ameaça de IEG e Descolamento da Placenta	1	14.3%
	Sim, Ameaça de IEG	2	28.6%
	Sim, Descolamento da Placenta	1	14.3%
	Sim, Hemorragia	1	14.3%

*IEG: Interrupção espontânea da gravidez

4.2. Testagem das Hipóteses

Para testar as hipóteses, recorreu-se a análises de regressão linear. Para estas análises, as variáveis nominais foram recodificadas de forma dicotômica (0 e 1) e as variáveis intervalares foram testadas relativamente ao seu ajustamento à distribuição normal (anexo XXVII). Apenas as variáveis duração da relação, idade cronológica do pai e tempo de gestação seguem uma distribuição normal, sendo que as restantes se afastam significativamente da

distribuição normal teórica. Apesar disso, a análise dos gráficos Q-Q Plot permite concluir que os desvios relativamente à normalidade não impedem a utilização das análises de regressão. Também foram considerados os valores limites de tolerância ($< .1$) e de VIF (> 10), de forma a evitar o problema da multicolinearidade.

As variáveis independentes foram introduzidas na análise de regressão em 3 modelos. No modelo 1, foram introduzidas as variáveis idade cronológica, número de anos de escolaridade concluídos com sucesso, tempo de gestação e problemas de saúde durante a gravidez. No modelo 2, foi introduzida a variável presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez ou a variável número de interrupções espontâneas da gravidez, dependendo da hipótese a ser testada. No modelo 3, foram introduzidas as variáveis vivências psicopatológicas e satisfação com o suporte social.

4.2.1. Testagem da Hipótese Específica 1

A testagem da hipótese específica 1 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e a variável dependente comunicação verbal pré-natal. Como é possível verificar (anexo XXVIII) nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente, pelo que a hipótese não é confirmada.

4.2.2. Testagem da Hipótese Específica 2

A testagem da hipótese específica 2 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e a variável dependente envolver o companheiro na comunicação pré-natal. Como é possível verificar (anexo XXIX), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente. No entanto, o modelo 1 dá um contributo marginalmente significativo

($p = .080$). Neste modelo, é a variável problemas de saúde durante a gravidez que dá um contributo significativo ($p = .010$), com direção de efeito negativa, para a explicação da variância estatística de envolver o companheiro na comunicação pré-natal, sendo que esse contributo vai aumentando à medida que os outros modelos são inseridos ($p = .003$). No modelo 3, a variável vivências psicopatológicas dá um contributo marginalmente significativo ($p = .060$), com direção de efeito positiva, para a explicação da variância estatística da variável dependente. A hipótese 2 não é confirmada, pois a variável presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável envolver o companheiro na comunicação pré-natal.

4.2.3. Testagem da Hipótese Específica 3

A testagem da hipótese específica 3 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e a variável dependente conteúdos partilhados na comunicação pré-natal. Como é possível verificar (anexo XXX), apenas o modelo 1 dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente. Neste modelo, as variáveis número de anos de escolaridade concluídos com sucesso ($p = .034$), com direção de efeito positiva, e tempo de gestação ($p = .012$), com direção de efeito negativa, são estatisticamente significativas. A variável problemas de saúde durante a gravidez é marginalmente significativa ($p = .099$), com direção de efeito negativa. À medida que os outros modelos são introduzidos, estas variáveis perdem significância, sendo que, com os 3 modelos em análise, apenas a variável tempo de gestação ($p = .024$) dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente. A hipótese 3 não é confirmada, pois a variável presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável conteúdos partilhados na comunicação pré-natal.

4.2.4. Testagem da Hipótese Específica 4

A testagem da hipótese específica 4 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e a variável dependente percepção da capacidade auditiva do bebê. Os resultados obtidos nesta análise são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10

Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 4

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Alteração de R ²	Alteração de F	gl1	gl2	Sig. Alteração de F
1	.302	.091	-.030	4.308	.091	.755	4	30	.563
2	.478	.228	.095	4.038	.137	5.136	1	29	.031
3	.512	.262	.070	4.093	.034	.615	2	27	.548

Como é possível verificar, o modelo 2 dá um contributo significativo ($p = .031$) para a explicação da variância estatística da variável dependente. Apesar de a variável presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez perder alguma significância quando o modelo 3 é introduzido, o seu valor continua a ser estatisticamente significativo ($p = .036$) e é o único que contribui de forma significativa, com direção de efeito negativa, para a explicação da variância estatística da variável percepção da capacidade auditiva do bebê. Assim, a hipótese 4 é confirmada.

4.2.5. Testagem da Hipótese Específica 5

A hipótese específica 5 não foi testada devido ao baixo nível de consistência interna ($\alpha = .435$) da escala disponibilidade para a comunicação pré-natal.

4.2.6. Testagem da Hipótese Específica 6

A testagem da hipótese específica 6 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e a variável dependente motivação para a comunicação pré-natal. Como é possível verificar (anexo XXXII), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente. No entanto, a variável tempo de gestação tem um valor marginalmente significativo ($p = .078$), com direção de efeito negativa, quando apenas o modelo 1 está em análise. Quando o modelo 2 é introduzido, o valor da variável tempo de gestação perde significância ($p = .092$) e, quando o modelo 3 é introduzido, esta variável deixa de ser marginalmente significativa ($p = .127$). A hipótese 6 não é confirmada, pois a variável presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável motivação para a comunicação pré-natal.

4.2.7. Testagem da Hipótese Específica 7

A testagem da hipótese específica 7 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez e a variável dependente comunicação verbal pré-natal. Como é possível verificar (anexo XXXIII), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente, pelo que a hipótese não é confirmada.

4.2.8. Testagem da Hipótese Específica 8

A testagem da hipótese específica 8 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez e a variável dependente envolver o companheiro na comunicação pré-natal. Como é possível verificar

(anexo XXXIV), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente. No entanto, o modelo 1 dá um contributo marginalmente significativo ($p = .080$). Neste modelo, é a variável problemas de saúde durante a gravidez que dá um contributo significativo ($p = .010$), com direção de efeito negativa, para a explicação da variância estatística de envolver o companheiro na comunicação pré-natal, sendo que esse contributo vai aumentando à medida que os outros modelos vão sendo inseridos ($p = .003$). No modelo 3, a variável vivências psicopatológicas dá um contributo significativo ($p = .044$), com direção do efeito positiva, para a explicação da variância estatística da variável dependente. A hipótese 7 não é confirmada, pois a variável número de interrupções espontâneas da gravidez não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável envolver o companheiro na comunicação pré-natal.

4.2.9. Testagem da Hipótese Específica 9

A testagem da hipótese específica 9 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez e a variável dependente conteúdos partilhados na comunicação pré-natal. Os resultados obtidos nesta análise são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11

Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 9

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Alteração de R ²	Alteração de F	gl1	gl2	Sig. Alteração de F
1	.582	.339	.251	5.619	.339	3.845	4	30	.012
2	.650	.423	.323	5.340	.084	4.222	1	29	.049
3	.654	.428	.279	5.511	.005	.112	2	27	.895

Como é possível verificar, o modelo 1 ($p = .012$) e o modelo 2 ($p = .049$) dão contributos significativos para a explicação da variância estatística da variável dependente. No modelo 1, a variável número de anos de escolaridade concluídos com sucesso ($p = .034$), com direcção de efeito positiva, e a variável tempo de gestação ($p = .012$), com direcção de efeito negativa, são estatisticamente significativas. A significância da variável número de anos de escolaridade concluídos com sucesso vai diminuindo à medida que os outros modelos são introduzidos, deixando de ser significativa ($p = .105$) quando estão a ser analisadas as variáveis introduzidas nos 3 modelos em simultâneo. A significância da variável tempo de gestação sobe quando o modelo 2 é introduzido ($p = .008$) e desce quando o modelo 3 é introduzido ($p = .023$), mas com o seu valor a manter-se sempre estatisticamente significativo. A variável problemas de saúde durante a gravidez é marginalmente significativa ($p = .099$), com direcção de efeito negativa, quando apenas o modelo 1 é analisado. A sua significância sobe ($p = .085$) quando o modelo 2 é introduzido e desce ($p = .096$) quando o modelo 3 é introduzido, mas o seu valor mantém-se sempre marginalmente significativo. No modelo 2, a variável número de interrupções espontâneas da gravidez dá um contributo significativo ($p = .049$), com direcção de efeito negativa, para a explicação da variância estatística da variável dependente, mas este valor perde significância ($p = .054$) quando o modelo 3 é introduzido. Assim, a hipótese 8 não é confirmada, pois, quando o impacto das variáveis vivências psicopatológicas e satisfação com o suporte social é controlado, a variável número de interrupções espontâneas da gravidez apenas dá um contributo marginalmente significativo para a explicação da variância estatística da variável conteúdos partilhados na comunicação pré-natal.

4.2.10. Testagem da Hipótese Específica 10

A testagem da hipótese específica 10 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez e a variável

dependente percepção da capacidade auditiva do bebê. Os resultados obtidos nesta análise são apresentados Tabela 12.

Tabela 12

Regressão Linear da Testagem da Hipótese Específica 10

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Alteração de R ²	Alteração de F	gl1	gl2	Sig. Alteração de F
1	.302	.091	-.030	4.308	.091	.755	4	30	.563
2	.479	.229	.096	4.036	.138	5.181	1	29	.030
3	.537	.289	.104	4.017	.060	1.132	2	27	.337

Como é possível verificar, o modelo 2 dá um contributo significativo ($p = .030$) para a explicação da variância estatística da variável dependente. A significância da variável número de interrupções espontâneas da gravidez sobe ($p = .020$) quando é introduzido o modelo 3 e é a única variável que contribui significativamente, com direção de efeito negativa, para a explicação da variância estatística da variável percepção da capacidade auditiva do bebê. Assim, a hipótese 9 é confirmada.

4.2.11. Testagem da Hipótese Específica 11

A hipótese específica 11 não foi testada devido ao baixo nível de consistência interna ($\alpha = .435$) da escala disponibilidade para a comunicação com o bebê.

4.2.12. Testagem da Hipótese Específica 12

A testagem da hipótese específica 12 foi realizada através de análise de regressão, com a variável independente número de interrupções espontâneas da gravidez e a variável dependente motivação para a comunicação pré-natal. Como é possível verificar (anexo XXXVII), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variância

estatística da variável dependente. No entanto, o modelo 2 dá um contributo marginalmente significativo ($p = .100$). A significância da variável número de interrupções espontâneas da gravidez sobe ($p = .096$) quando o modelo 3 é introduzido na análise, mas o seu valor mantém-se apenas marginalmente significativo, com direção de efeito negativa. Também a variável tempo de gestação dá um contributo marginalmente significativo ($p = .078$), com direção de efeito negativa, para a explicação da variância estatística da motivação para a comunicação pré-natal. Quando o modelo 2 é introduzido, a variável tempo de gestação ganha significância ($p = .069$) e, quando são analisadas as variáveis dos 3 modelos em simultâneo, esta variável perde significância ($p = .129$), deixando de ser marginalmente significativa. Assim, como o contributo estatístico da variável número de interrupções espontâneas da gravidez é apenas marginalmente significativo, a hipótese 12 não é confirmada.

5. Discussão

Na análise das hipóteses deste estudo verificou-se que mulheres que se encontram no terceiro trimestre de gravidez e têm presença de história de interrupção espontânea da gravidez percebem menos capacidades auditivas nos seus bebés. Também o número de interrupções espontâneas da gravidez influenciou a percepção das capacidades auditivas do bebé, sendo que, quando o número de perdas aumenta as percepções relativas às capacidades do bebé são menores. A presença de história de interrupção espontânea da gravidez não revelou impacto nas restantes variáveis relacionadas com a comunicação pré-natal. No entanto, embora sem resultados significativos, pareceu existir uma tendência para que, quantas mais interrupções espontâneas a mulher sofra, menos sejam os conteúdos que partilha na comunicação pré-natal e menor seja a sua motivação para essa mesma comunicação. Estes resultados vão de encontro à teoria de que as dificuldades existentes numa gravidez subsequente a história de interrupção espontânea, são tanto mais marcadas quantos mais abortos espontâneos existirem na história obstétrica da mulher. É o que é defendido por alguns autores, como Bergner e colaboradores (2008) e Blackmore e colaboradores (2011). Os resultados mencionados vão de encontro ao esperado. Presume-se que sejam derivados das dificuldades, já referidas anteriormente, da mulher no investimento emocional numa nova gravidez, quando precedida de história de interrupção espontânea, e na ligação ao bebé. Os resultados remetem, então, para o processo defensivo indicado por Gaudet e colaboradores (2010). Assim, a grávida ao tentar proteger-se emocionalmente em relação à possibilidade de uma nova perda, estabelece menos interações com o seu bebé ao nível da comunicação pré-natal.

Além das variáveis independentes estudadas, algumas das variáveis utilizadas como controlo também produziram resultados interessantes.

Verificou-se que mulheres a quem surge algum problema de saúde durante a gravidez envolvem menos os companheiros na comunicação pré-natal. Apesar de não terem sido

encontrados mais resultados significativos, existiu, também, uma tendência para que mulheres com problemas de saúde durante a gravidez partilhassem menos conteúdos durante a comunicação pré-natal. Estes resultados parecem ir de encontro à literatura. Justo (1990) observou uma diferente organização dos mecanismos de defesa em mulheres com gravidezes de risco quando comparadas com mulheres com gravidezes saudáveis e mulheres não grávidas. Justo (2014) refere a existência de uma reação stand-by em mulheres com risco obstétrico. Esta reação consiste, segundo o mesmo autor, numa negação e racionalização da situação, que a fazem parecer mais positiva, e numa diminuição dos impulsos agressivos, de forma a diminuir os sentimentos de culpa. Esta situação parece eficaz no sentido de proteger a mulher de sentimentos negativos, mas o que acontece é que se perde um contacto entre o self e as emoções, o que se torna perigoso no sentido em que o desenvolvimento psicológico da gravidez não ocorre da forma esperada, com consequências ao nível da relação com o bebé (Justo, 2014). Assim, é possível que o facto de mulheres nas circunstâncias referidas apresentarem menores níveis de envolvimento dos companheiros na comunicação pré-natal e, também, menores níveis de partilha de conteúdos nessa mesma comunicação esteja relacionado com a reação stand-by. Ou seja, pode existir uma desligação emocional em relação à gravidez e ao futuro bebé, que se traduz em menores interações com este, neste caso ao nível da comunicação pré-natal.

Também se verificou que mulheres com maiores níveis de vivências psicopatológicas envolvem mais os companheiros na comunicação pré-natal. Considerando que, como referido anteriormente, níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress estão associados a dificuldades na vivência de uma gravidez adaptativa, este resultado não vai de encontro ao esperado. Uma possível justificação para estes resultados é o facto de nenhuma das mulheres da amostra deste estudo ter apresentado níveis de vivências psicopatológicas preocupantes. Ou seja, é possível que os níveis de vivências psicopatológicas apresentados por estas mulheres não ultrapassem aqueles que estão normalmente presentes em qualquer gravidez, pois, segundo

Antunes, Jerónimo e Correia (2017), devido às exigências e adaptações normais e necessárias de uma gestação, é natural que haja um aumento e uma maior vulnerabilidade ao surgimento de algumas perturbações emocionais. Também importa ter em conta que algumas alterações fisiológicas associadas às vivências psicopatológicas fazem parte de uma gravidez saudável (Antunes, Jerónimo, & Correia, 2017), o que significa que parte dos resultados na escala em causa podem ser explicados por essas mesmas alterações. Assim, os resultados podem estar associados a um desenvolvimento psicológico e físico normal da gravidez, o que pode contribuir para que a mulher envolva mais o companheiro na comunicação pré-natal, o que também é suposto, pois, segundo Colman e Colman (1994), é nesta altura (terceiro trimestre) que o companheiro tem mais oportunidades de participar ativamente na gravidez.

Também se observou uma tendência, sem resultados significativos, para que mulheres com mais anos de escolaridade concluídos com sucesso partilhassem mais conteúdos na comunicação pré-natal. A existência de estudos que verificam que crianças filhas de mães com menores níveis de escolaridade têm mais dificuldades linguísticas podem ser uma pista para estes resultados. Por exemplo, num estudo, de Kisilevsky, Chambers, Parker e Davies (2014), verificou-se que bebés de 15 meses nascidos pequenos para a sua idade gestacional tinham menores competências de linguagem expressiva quando comparados com bebés nascidos com um tamanho apropriado para a sua idade gestacional. No entanto, alguns dos bebés nascidos pequenos apresentavam iguais ou maiores competências quando comparadas com os bebés nascidos com um tamanho apropriado para a sua idade gestacional, isto parecia dever-se ao facto das mães desses bebés possuírem mais habilitações literárias. A partir das observações do estudo referido pode-se supor que as diferenças encontradas se devem a um maior grau de estimulação por parte de mães com mais habilitações literárias. Assim, estes resultados podem indicar que essa maior estimulação pode estar presente ainda durante a gravidez, com a mãe a partilhar mais conteúdos na comunicação pré-natal.

Por fim, também se verificou que, quando o tempo de gestação é maior, a partilha de conteúdos durante a comunicação pré-natal é menor. Além deste resultado, também se verifica uma tendência, sem resultados significativos, para que mulheres com um maior tempo gestacional tenham uma menor motivação para a comunicação pré-natal. Devido ao facto de a ligação pré-natal ser considerada mais forte à medida que o tempo de gestação aumenta (Colman e Colman, 1994; Cabral, 2005; Rolim e Canavarro, 2001), estes resultados causam alguma estranheza. No entanto, importa considerar que à medida que a gravidez se aproxima do seu fim, a mulher grávida começa a sentir cada vez mais desconfortos físicos, a tornar-se mais dependente, a preocupar-se com a aproximação do trabalho de parto e a preparar-se para esse momento, assim como a tratar dos preparativos finais para a chegada do seu bebé (Colman e Colman, 1994). Todas estas circunstâncias, associadas a um tempo de gestação avançado, podem ajudar a compreender estes resultados, pois é possível que condicionem a disponibilidade materna para a comunicação pré-natal. Aqui poderia ter sido útil analisar os resultados da variável tempo de gestação na escala disponibilidade para a comunicação pré-natal, de forma a perceber se de facto existe alguma relação entre as duas. No entanto, devido à pouca consistência interna da escala, tal não foi possível.

5.1. Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas.

A principal limitação é relativa ao tamanho da amostra (N=35). Por ser uma amostra pequena, os resultados não podem ser generalizados à população. Ainda assim, observaram-se alguns resultados interessantes, pelo que pode ser pertinente replicar este estudo com uma amostra maior.

Outra limitação prende-se com a forma como a amostra foi recolhida. Esta ocorreu em dois locais diferentes: na Consulta de Doenças Autoimunes e Insucesso Obstétrico da

Maternidade Dr. Alfredo da Costa e no Centro Ecográfico de Entrecampos. Em qualquer um destes locais foi possível realizar as entrevistas em gabinetes particulares, sem profissionais do local ou utentes presentes no momento do preenchimento dos questionários. No entanto, com algumas mulheres essas entrevistas realizaram-se antes das suas consultas, enquanto com outras se realizaram depois. Também aconteceu que as entrevistas fossem interrompidas devido ao facto de as mulheres serem chamadas para as suas consultas. É possível que os estados emocionais e a disponibilidade das mulheres sejam diferentes nos momentos que antecedem as consultas em relação aos momentos que as procedem, o que pode ter tido algum impacto nos resultados. Além disso, algumas mulheres tiveram os seus companheiros presentes no momento da entrevista, o que também pode ter influenciado as suas respostas. Em estudos futuros pode ser importante que estas situações sejam controladas, de forma a recolher as respostas das diferentes mulheres em condições semelhantes.

Outra limitação que surgiu neste estudo foi o facto de algumas escalas não poderem ser utilizadas devido à pouca consistência interna que os seus itens tiveram entre si. Como consequência desta situação, duas das doze hipóteses específicas não puderam ser testadas. Tendo em consideração que esta investigação produziu resultados interessantes em algumas das hipóteses, no futuro pode ser pertinente perceber se as variáveis presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e número de interrupções espontâneas da gravidez têm impacto na escala disponibilidade para a comunicação pré-natal.

Ao se perceber que as variáveis independentes parecem ter, de facto, uma relação com a comunicação pré-natal, também se pode revelar interessante ter em consideração outros aspetos relacionados com as interrupções espontâneas da gravidez sofridas, como por exemplo o tempo decorrido desde o seu acontecimento.

6. Conclusão

A presente investigação pretendeu estudar a influência da história de interrupção espontânea da gravidez na comunicação pré-natal ao longo do terceiro trimestre de gravidez.

A hipótese geral deste estudo foi parcialmente confirmada, pois verificou-se que as variáveis independentes presença/ausência de história de interrupção espontânea da gravidez e número de interrupções espontâneas da gravidez dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente percepção das capacidades auditivas do bebé, mesmo depois de controlados os impactos das vivências psicopatológicas e da satisfação com o suporte social. Apesar das variáveis independentes não terem contribuído de forma estatisticamente significativa para a explicação da variância estatística de nenhuma outra dimensão da comunicação pré-natal, verificaram-se outros resultados que podem ser considerados estatisticamente interessantes. Importa referir que o efeito das variáveis independentes, nas diferentes dimensões da comunicação pré-natal, teve sempre uma direção negativa. Ou seja, percebeu-se que a presença de história de interrupção espontânea da gravidez e de um maior número de interrupções espontâneas da gravidez esteve sempre, independentemente da sua significância, associada a menores valores nas escalas da comunicação pré-natal.

Também algumas das variáveis sociodemográficas, clínicas e de controlo apresentaram alguns resultados estatisticamente significativos e/ou estatisticamente interessantes em relação às dimensões da comunicação pré-natal, sendo que alguns desses resultados foram inesperados, pois não vão de encontro à literatura. As explicações apresentadas para os resultados encontrados são meramente especulativas, pois existe pouca literatura associada exclusivamente a esta temática.

Importa considerar as limitações existentes neste estudo para que as conclusões retiradas sejam cuidadosas e, por essa razão, é pertinente a realização de estudos futuros com

uma amostra alargada para que se possa compreender melhor a dimensão das variações estatísticas verificadas nesta investigação.

Bibliografia

- Antunes, F., Jerónimo, J., & Correia, D. T. (2017). Perturbações psiquiátricas na gravidez e no pós-parto. Em D. T. Correia, & M. C. Santo (Edits.), *Saúde mental na gravidez e puerpério* (pp. 1-44). Lisboa: Lidel.
- APF. (s.d.). *Aborto e Interrupção da Gravidez*. Obtido em 01 de 2018, de Associação para o planeamento da família: <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptcao-da-gravidez>
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(6), 765-773. doi:10.1177/0884217504270714
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 105-113. doi:10.1080/01674820701687521
- Blackmore, E. R., Côte-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373-378. doi:10.1192/bjp.bp.110.083105
- Cabral, I. P. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. Em I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de Século.
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*(2), 39-49.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

- Cuisinier, M., Janssen, H., Graauw, C., Bakker, S., & Hoogduin, C. (1996). Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 17(3), 168-174. doi:10.3109/01674829609025678
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208(4448), 1174-1176. doi:10.1126/science.7375928
- DeCasper, A. J., Lecanuet, J.-P., Busnel, M.-C., Granier-Deferre, C., & Maugeais, R. (1994). Fetal reactions to recurrent maternal speech. *Infant Behaviour & Development*, 17(2), 159-164. doi:10.1016/0163-6383(94)90051-5
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieu, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240-251. doi:10.1080/02646830903487342
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6(8), 455-459.
- INE, I. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Obtido em 09 de 2018, de Instituto Nacional de Estatística, Lisboa - Portugal: <http://azores.gov.pt/NR/ronlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/CP2010.pdf>
- Jardri, R., Houfflin-Debarge, V., Delion, P., Pruvo, J.-P., Thomas, P., & Pins, D. (2012). Assessing fetal response to maternal speech using a noninvasive functional brain imaging technique. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 30(2), 159. doi:10.1016/j.ijdevneu.2011.11.002
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 371 - 376.

- Justo, J. (2014). A defensive "stand-by reaction" at critical moments of the reproductive life cycle. *Internationa Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 209-214.
- Kisilevsky, B. S., & Hains, S. M. (2011). Onset and maturation of fetal heart rate response to the mother's voice over late gestation. *Developmental Science*, 14(2), 214-223. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.00970.x
- Kisilevsky, B. S., Chambers, B., Parker, K. C., & Davies, G. A. (2014). Auditory processing in growth-restricted fetuses and newborns and later language development. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 495-513. doi:10.1177/2167702613509371
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M., Brown, C. A., Lee, C. T., Cowperthwaite, B., Stutzman, S. S., . . . Wang, Z. (2009). Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behavior & Development*, 32(1), 59-71. doi:10.1016/j.infbeh.2008.10.002
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M., Lee, K., Xie, X., Huang, H., Ye, H. H., . . . Wang, Z. (2003). Effects of experience on fetal voice recognition. *Psychological Sciene*, 14(3), 220-224. doi:10.1111/1467-9280.02435
- Krueger, C. A., Cave, E. C., & Garvan, C. (2015). Fetal response to live and recorded maternal speech. *17*(1), 112-120. doi:10.1177/1099800414532308
- Marx, V., & Nagy, E. (2015). Fetal behavioural responses to maternal voice and touch. *PLoS ONE*, 10(6). doi:10.1371/journal.pone.0129118
- Nelson, L. J., & Fazio, A. F. (1995). Emotional content of talk to the fetus and healthy coping behaviors during pregnancy. *Mental Health Journal*, 16(3), 179-191. doi:10.1002/1097-0355(199523)16:3<179::AID-IMHJ2280160304>3.0.CO;2-Y
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Rajan, L., & Oakley, A. (1993). No pills for heartache: the importance of social support for women who suffer pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(2), 75-87. doi:10.1080/02646839308403198
- Robinson, M., Baker, L., & Nackerud, L. (2010). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23(3), 257-270. doi:10.1080/074811899201073
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerério. Em M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274-286. doi:10.1080/02646831003587346
- Stirzinger, R., & Robinson, G. E. (1989). The psychologic effects of spontaneous abortion. *Canadian Medical Association Journal*, 140(7), 799-801.
- Tsartsara, E., & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage of women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: an exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 173-182. doi:10.1080/01674820600646198
- Voegtline, K. M., Costigan, K. A., & Pater, H. A. (2013). Near-term response to maternal spoken voice. *Infant Behaviour & Development*, 36(4), 526-533. doi:10.1016/j.infbeh.2013.05.002